



Solicitud de Certificación de Elegibilidad de Paratransito ADA - PARTE A

Estimado cliente:

Gracias por preguntar sobre cómo solicitar la elegibilidad para el servicio de paratransito ADA del sistema de tránsito de Fort Smith. Si tiene una discapacidad o condición de salud que le impide usar a veces o siempre el servicio de autobús de ruta fija de Fort Smith Transit, puede ser elegible para ADA Paratransit. Se adjunta una copia de una Solicitud de Certificación de Elegibilidad de Paratransito ADA, así como información que describe el proceso de certificación.

Lea atentamente lo siguiente antes de completar la solicitud.

La Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) de 1990 exige que las agencias de transporte público proporcionen servicio de Paratransito a personas con discapacidades que no pueden acceder al servicio regular de autobús de ruta fija debido a su discapacidad o limitación funcional. Todos los autobuses de Fort Smith Transit están equipados con rampas y son accesibles para personas con discapacidades.

ADA Paratransit es un servicio proporcionado a personas que no pueden utilizar un servicio de autobús de ruta fija debido a una discapacidad o limitación funcional. La imposibilidad de utilizar un servicio de autobús de ruta fija puede incluir la imposibilidad de viajar hacia o desde las paradas de autobús, subir o bajar de los autobuses o comprender cómo viajar y utilizar el sistema de autobuses.

Una discapacidad no garantiza la elegibilidad para ADA Paratransit. Su discapacidad debe afectar su capacidad para abordar, viajar y salir de un autobús de ruta fija.

Hay tres tipos de elegibilidad:

- **Temporal condicional:** A veces puede utilizar el autobús de ruta fija y a veces necesita Paratransit. Se espera que la limitación funcional mejore.
- **Permanente condicional:** a veces puede utilizar el autobús de ruta fija y a veces necesita Paratransit. La limitación funcional no mejorará y puede empeorar.
- **Incondicional:** No se puede utilizar el autobús de ruta fija por limitación funcional

Para permitirnos determinar con precisión su elegibilidad para este servicio, complete la solicitud adjunta de la manera más completa y precisa posible. Las preguntas están destinadas a determinar las circunstancias bajo las cuales puede utilizar servicios de ruta fija o Paratransit.

Si necesita ayuda para completar el formulario o tiene alguna pregunta, comuníquese con la oficina de Fort Smith Transit al 479-763-6464. Si lo solicita, esta carta y la solicitud están disponibles en letra grande y otros formatos alternativos. Después de haber completado y firmado la "Parte A" de esta solicitud, complete la "Parte B" con la información de su profesional autorizado de atención médica o rehabilitación y firme la última página. **La solicitud debe devolverse a más tardar 21 días después de su recepción. Si alguna sección se deja en blanco, la solicitud será regresó a ti.** La información que usted proporciona en esta solicitud es confidencial.

La solicitud completa se procesará dentro de los 30 días posteriores a su recepción. Luego se le notificará por escrito sobre su estado de elegibilidad. Si se requiere tiempo adicional para completar la evaluación y determinación, se le otorgará elegibilidad temporal.

Si determinamos que usted puede utilizar el servicio de autobús de ruta fija de Fort Smith Transit y, por lo tanto, no es elegible para ADA Paratransit, le notificaremos los motivos de esta determinación. Puede apelar esta decisión por escrito. Las apelaciones se aceptarán dentro de los 60 días a partir de la fecha de la carta de determinación de elegibilidad.

Sin embargo, el servicio ADA Paratransit no se brindará durante el proceso de apelación, a menos que el proceso de apelación no pueda concluir dentro de los 30 días. La elegibilidad para ADA Paratransit se otorga por un período de hasta tres (3) años, independientemente de la permanencia o la naturaleza temporal de las limitaciones funcionales.

Por favor devuelva la solicitud a:

Tránsito de Fort Smith

6821 Jenny Lind Road

Apartado postal 1908

Fort Smith, AR 72902

(479) 783-6464

Fax: (479) 788-6525

Número gratuito (877) 335-9555

Servicios de retransmisión de Arkansas para personas con discapacidad auditiva 7-1-1



Esta solicitud solo debe completarse si tiene una discapacidad o condición de salud que le impide a veces o siempre utilizar el servicio de autobús de ruta fija de Fort Smith Transit. Las personas que completen esta solicitud serán consideradas para ADA Paratransit.

La información sobre discapacidad o condiciones de salud se mantendrá estrictamente confidencial.

(Esta sección debe ser completada por todos los solicitantes - Parte A)

Nombre *

Primer nombre

Inicial del segundo

nombre Apellido

Dirección de casa *

Dirección

Dirección de calle Linea 2

Ciudad

Estado / Provincia

Postal / Código Postal

¿La misma que mi dirección de correo? * SÍ NO

Número de teléfono *

Teléfono de casa

Teléfono celular

¿Alguien le ha ayudado a completar esta solicitud? * SÍ NO

nombre representativo *

Nombre

Apellido

Número de teléfono del representante *

Teléfono del trabajo o de casa

Teléfono celular

1. ¿Cuál es la discapacidad o condición de salud que le impide utilizar los autobuses de ruta fija de Fort Smith Transit? Describa todas las discapacidades o condiciones de salud que afecten su viaje. *

2. ¿Cómo le impide esta discapacidad o condición de salud utilizar el servicio de ruta fija de Fort Smith Transit? Por favor explique completamente. Utilice hojas adicionales si es necesario. *

3. ¿Utiliza alguna de las siguientes ayudas para la movilidad o la atención médica? (Marque todo lo que corresponda) *

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica |
| <input type="checkbox"/> Scooter motorizado | <input type="checkbox"/> Bastón |
| <input type="checkbox"/> Andador | <input type="checkbox"/> Muletas |
| <input type="checkbox"/> Frenos | <input type="checkbox"/> Animal de servicio (<i>sin incluir animales de apoyo emocional</i>) |
| <input type="checkbox"/> Oxígeno | <input type="checkbox"/> No, no uso ningún tipo de ayuda para la movilidad |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

4. ¿Alguna vez necesita traer a alguien más para que lo ayude cuando viaja? (Ejemplo: “un asistente personal” o “asistente personal”) *

- No
- Sí, siempre
- Sí, a veces

5. Sin la ayuda de otra persona , ¿puedes...

a. ¿Solicitar y comprender instrucciones escritas o habladas? *

- Siempre
- A veces
- Nunca
- No estoy seguro

b. ¿Cruzar calles e intersecciones? *

- Siempre
- A veces
- Nunca
- No estoy seguro

c. ¿Estar de pie durante 10 minutos si no hay lugar para sentarse? *

- Siempre
- A veces
- Nunca
- No estoy seguro

d. ¿Subir y bajar de una acera desde la acera? *

- Siempre
- A veces
- Nunca
- No estoy seguro

e. ¿Encontrar su propio camino a la parada de autobús si alguien le muestra el camino una vez? *

- Siempre
- A veces
- Nunca
- No estoy seguro

f. ¿Subir y bajar tres escalones si hay pasamanos? *

- Siempre
- A veces
- Nunca
- No estoy seguro

g. ¿Pararse en un autobús en movimiento agarrándose de un pasamanos? *

- Siempre
- A veces
- Nunca
- No estoy seguro

h. ¿Transferir de un autobús de ruta fija a otro? *

- Siempre
- A veces
- Nunca
- No estoy seguro

i. ¿Viaja en autobuses de ruta fija si hubiera un asiento o un refugio en las paradas de autobús? *

- Siempre
- A veces
- Nunca
- No estoy seguro

6. En las mejores condiciones, ¿cuál es la distancia máxima que puede caminar (o viajar usando su dispositivo de movilidad) sin la ayuda de otra persona? *

- Menos de 1 cuadra
- 1 cuadra
- 2 cuadras (1/4 de milla)
- 4 cuadras (1/2 milla)
- 6 cuadras (3/4 de milla)
- Más de 6 cuadras
- No puedo viajar solo en absoluto

7. Si Fort Smith Transit ofreciera instrucciones gratuitas sobre cómo aprender a viajar en los autobuses de ruta fija, ¿estaría interesado en este tipo de capacitación? *

- Sí
- No

8. ¿Utiliza silla de ruedas o scooter? *

- Sí
- No

9. Enumere sus 4 destinos más frecuentes y cómo llega allí actualmente: *

- A. _____
- B. _____
- C. _____
- D. _____

10. Enumere los lugares a los que le gustaría ir pero a los que actualmente no puede acceder: *

- A. _____
- B. _____
- C. _____
- D. _____

¿Hay algo más que quiera contarnos sobre su discapacidad o condición de salud que pueda ayudarnos a comprender mejor sus capacidades y limitaciones para viajar?

Entiendo que el propósito de este formulario es determinar si soy elegible para utilizar los servicios de paratransito ADA. Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que la falsificación de información podría resultar en una revisión de mi elegibilidad y posible pérdida de los Servicios de Paratransito ADA. Acepto notificar a Fort Smith Transit si ya no necesito utilizar los servicios de paratransito ADA.

Firma del solicitante

Fecha

Firma del Representante

Fecha



Solicitud de Certificación de Elegibilidad de Paratransito ADA - PARTE B

Esta aplicación tiene dos partes. La PARTE A la completa el solicitante. La PARTE B se proporciona a su profesional de rehabilitación o atención médica autorizado que esté familiarizado con su discapacidad o condición de salud y sus capacidades funcionales. Es posible que se le solicite a esa persona que confirme la información que proporcionó en la PARTE A y que no puede acceder a los servicios de autobús de ruta fija de Fort Smith Transit debido a:

- Condiciones que le impiden llegar o desde una parada de autobús de ruta fija de Fort Smith Transit, o hacer transbordo entre vehículos y/o
- Condiciones que le impiden subir, viajar o bajarse de un autobús con rampa

Nombre del profesional autorizado en atención médica o rehabilitación *

Nombre

Apellido

Consultorio de un profesional autorizado de atención médica o rehabilitación *

Nombre de la oficina

Dirección de la oficina

Línea de dirección 2

Ciudad

Estado / Provincia

Postal / Código Postal

Teléfono de la oficina

Correo electrónico

Autorización para la divulgación de información

Autorizo al profesional que haya completado la Parte B de esta solicitud a divulgar a Fort Smith Transit información sobre mi discapacidad o condición de salud y su efecto en mi capacidad para viajar en el servicio de autobús de Fort Smith Transit. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento.

Yo, el solicitante, entiendo que el propósito de esta solicitud es determinar mi elegibilidad para utilizar ADA Paratransit. Acepto divulgar la información solicitada a Fort Smith Transit System y a cualquier panel de revisión de elegibilidad, y entiendo que la información contenida en este documento se tratará de forma confidencial a menos que la ley exija lo contrario. Entiendo además que Fort Smith Transit se reserva el derecho de solicitar información adicional a su discreción. Acepto notificar a Fort Smith Transit sobre cualquier cambio en el estado de mi discapacidad que afecte mi capacidad para utilizar el servicio ADA Paratransit. También entiendo que esto puede afectar mi elegibilidad como pasajero.

Firma del solicitante

Fecha